
Implementering av pasientbrev for nedtrapping og seponering av benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater på Gågata legesenter

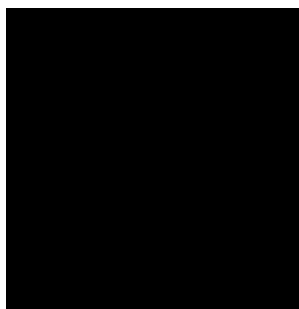
Ingrid Jyssum, Line Robberstad, Liv Inger Johansen, Sindre Gunleiksrud, Wenche Iren
Selvåg Frøystad, Sara Shah og Åsmund Mjøen Iversen (leder)

H-04

Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring

Det medisinske fakultet

Institutt for allmenn og samfunnsmedisin



Universitetet i Oslo

januar 2010

1. Sammendrag

Benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater (BoBLP) er de mest brukte legemidlene mot angst og søvnforstyrrelser, og medfører et betydelig misbrukspotensial samt risiko for toleranseutvikling. Avhengighet kan oppstå etter 2-4 ukers bruk innenfor terapeutiske doser. Seponering etter jevnlig bruk kan til tider gi alvorlige abstinenssymptomer. På tross av at nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler korttidsbruk av BoBLP, er langtidsbruk fortsatt et utbredt fenomen. Vi ønsker i denne oppgaven å kartlegge effektive tiltak for å redusere langtidsbruk av BoBLP, og på bakgrunn av dette skissere et forbedringsprosjekt for en allmennpraksis.

I eksisterende litteratur ble hovedsakelig to intervensjoner identifisert; (1) minimal intervensjon; for eksempel å gi enkle råd i form av brev, og (2) systematisk nedtrapping; behandlingsprogrammer ledet av lege eller psykolog. Det er evidens for effekt av begge de identifiserte intervensjonene. Vi valgte minimal intervensjon med utsending av brev som hovedtiltak i vårt forbedringsprosjekt.

Forbedringsarbeidet går ut på å skissere et opplegg for å implementere bruk av informasjons- og motivasjonsbrev for å initiere nedtrapping og seponering av BOBLP, samt oppfordre til timebestilling for evalueringssamtale. Tiltaket skal implementeres ved hjelp av informasjonsskriv og kollegabasert terapiveiledning for de involverte allmennlegene. Vi ser for oss en prøveperiode på 6 måneder før vi, basert på våre indikatorer, evaluerer tiltaket.

Vi konkluderer med at det er behov for et slikt tiltak, og at de foreslåtte intervensjonene er rimelige, lite arbeidskrevende og effektive.

Innholdsfortegnelse

Kapittel	Side
1. Sammendrag	2
2. Introduksjon	4
3. Kunnskapsgrunnlaget	6
4. Forbedringsarbeidet	9
5. Prosess og organisering for bedre praksis	15
6. Evaluering	21
7. Diskusjon	22
8. Vedlegg 1: Spørsmål til legen ved Gågata legesenter i Kongsvinger	24
9. Vedlegg 2: Utdypende samtale med legen ved Gågata legesenter i Kongsvinger	25
10. Vedlegg 3: Brev til pasienten	27
11. Vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienten	28
12. Referanser	30

2. Introduksjon

2.1. Benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater

Benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater (BoBLP) (*Tabell 1*) er de mest brukte legemidlene mot angst og søvnforstyrrelser [1]. Tall fra Norsk reseptstatistikk viser at 80 % av forskrivningen av benzodiazepiner skjer i allmennpraksis [2]. På tross av at nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler korttidsbruk av BoBLP [3], er langtidsbruk fortsatt et utbredt problem. Blant norske allmennpraktikere rapporterer 45 % at de forskriver BoBLP oftere enn de burde [4], og mange leger forskriver et høyt antall døgndoser per resept (4, 5).

Bruk av BoBLP utover 3 måneder har usikker effekt [5]. Det er vist at risikoen for tilvenning, avhengighet og seponeringsproblemer øker med dosestørrelse og varighet av behandling (2, 7). Altså er det et misforhold mellom klinisk praksis og vitenskapelig dokumentasjon når det gjelder forskrivning og bruk av BoBLP.

Tabell 1. Benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater

Benzodiazepiner:

Angstdempende:

- Alprazolam; *Xanor, Xanor Depot*
- Diazepam; *Stesolid, Valium, Vival*
- Oksazepam; *Alopam, Sobril*

Sovemidler og beroligende:

- Flunitrazepam; *Flunipam*
- Nitrazepam; *Apodorm, Mogadon*

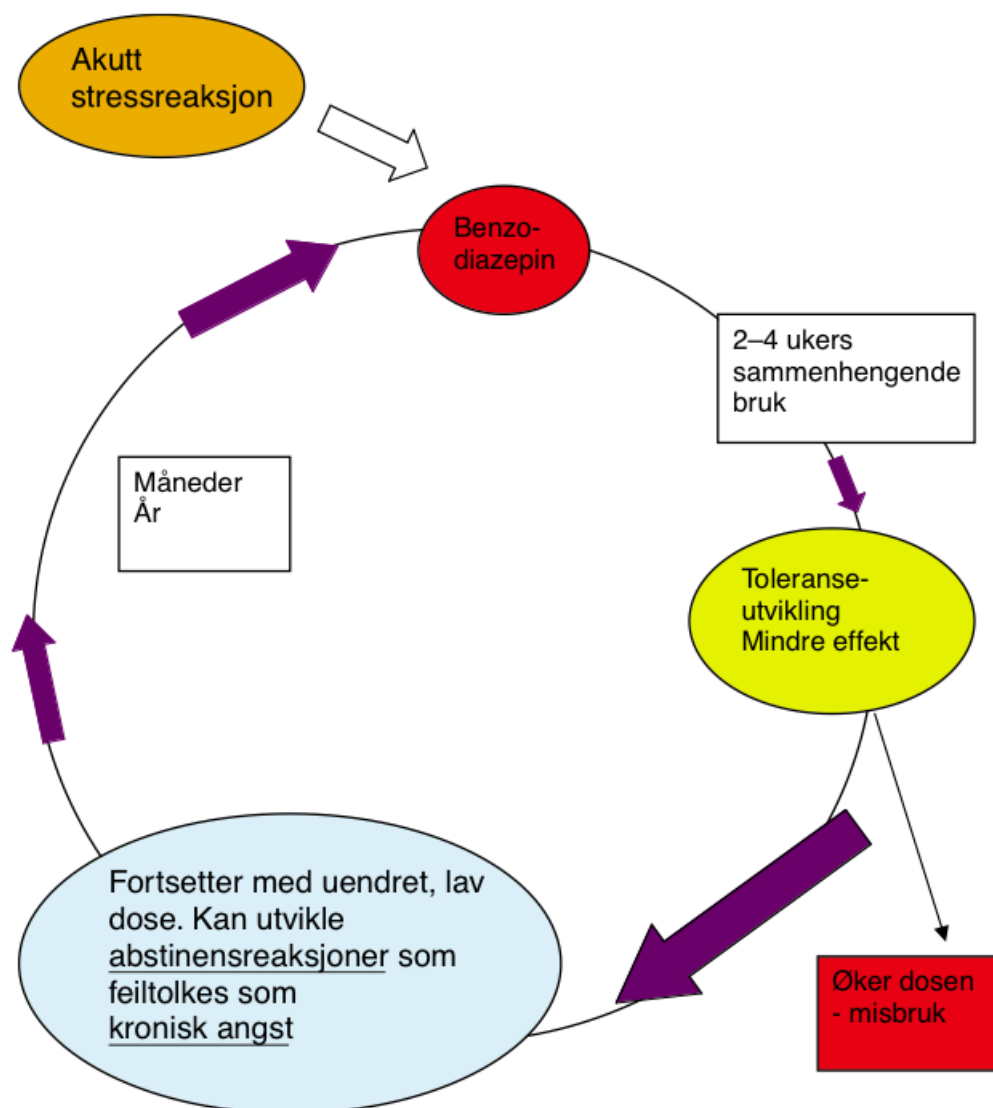
Benzodiazepinliknende preparater (Z-hypnotika):

Sovemidler og beroligende:

- Zopiklon; *Imovane, Zopiklone, Zopiklon*
- Zolpidem; *Stilnoct, Stilnox, Zolpidem*

Kilde: Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2007

Under utplassering i allmennpraksis i 10. semester opplevde flere studenter at forskrivning av BoBLP var problematisk, særlig i forhold til forlengelse av allerede oppstartet behandling. Formålet med denne oppgaven er å kartlegge effektive tiltak for å redusere langtidsbruk av BoBLP, samt på bakgrunn av dette skissere et forbedringsprosjekt for en allmennpraksis. Oppgavens hovedfokus vil være å implementere et slikt tiltak.



Figur 1. Praktiske råd for nedtrapping av benzodiazepiner. Figur tatt fra Mouland G. 1997,

3. Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget bygger på litteratursøk i nasjonale og internasjonale databaser samt anbefalt litteratur fra fagpersoner vi har vært i kontakt med.

3.1. Metode

3.1.1. Litteratursøk

I internasjonale databaser brukte vi følgende engelske søkeord: "benzodiazepine AND general practice AND prescription AND (withdrawal OR reduction OR discontinuation)". Da benzodiazepinliknende preparater vil omfattes av de samme seponeringstiltakene som benzodiazepiner, valgte vi kun å inkludere benzodiazepiner i søketeksten. I Tidsskrift for den Norske Legeforening brukte vi de norske søkeordene: "benzodiazepiner OR b-preparater OR forskrivning OR seponering OR avhengighet".

Tabell 2. Resultater av søk og anbefalinger			
Database	Antall treff	Relevante treff	Overlappende treff
Clinical evidence	14	2	
Cochrane libraries	5	5	
EMBASE	54	29	
PubMed	41	23	4 treff felles med Cochrane, 14 treff felles med EMBASE
Tidsskrift for den Norske Legeforening	47	7	
I tillegg har vi brukt anbefalte nettdatabaser www.reseptregisteret.no , www.legemiddelforbruk.no , www.legehandboka.no , og doktorgrads-avhandlingen til Trine Bjørner "Benzodiazepines and Minor Opiate Prescribing in Primary Health Care, 2003".			

3.2. Resultat av litteratursøket

3.2.1. Effekt av ulike tiltak for seponering/nedtrapping av langtidsbruk av benzodiazepiner

En rekke artikler har funnet evidens for effekt av ulike tiltak ved forsøk på seponering av BoBLP i allmennpraksis (8-22). De effektive tiltakene omfatter:

- minimal intervensjon; brev hvor pasienten oppfordres til å avslutte sitt benzodiazepinbruk, eventuelt vedlagt pasientinformasjon vedrørende benzodiazepiner samt invitasjon til konsultasjon etter seponeringsforsøk (8, 9, 11, 14, 16, 18)
- utvidete konsultasjoner med fokus på benzodiazepinbruk (14)
- utdanning/kurs for allmennpraktikere (8, 10, 12)
- kollegabasert terapiveiledning (KTV) [6, 7]
- innføring av nye mer restriktive retningslinjer for forskrivning [8]
- generell bevisstgjøring og anerkjennelse av unødvendig og overdreven benzodiazepinforskrivning som et problem [7].

Blant de aktuelle publikasjonene vedrørende evaluering av tiltak ved seponering og nedtrapping av benzodiazepinbruk fant vi to metaanalyser (23, 24). Den ene metaanalysen fra 2006 inkluderte 29 artikler [9]. To intervensjoner ble definert; minimal intervensjon (som for eksempel å gi enkle råd i form av brev eller holde møter for en stor gruppe mennesker $n=3$), og systematisk nedtrapping (definert som behandlingsprogrammer ledet av en lege eller psykolog $n=26$). Begge intervensjoner ble funnet signifikant mer effektive enn vanlig praksis. Minimal intervensjon ga en samlet odds ratio på 2,8 (95% KI 1,6-5,1), sammenliknet med pasienter som mottok vanlig behandling, mens en studie vedrørende systematisk nedtrapping alene ga en odds ratio på 6,1 (95% KI 2,0-18,6). Utvidelse av den systematiske nedtrappingen med imipramin (to studier, OR = 3,1, 95% KI 1,1-9,4) eller gruppebasert kognitiv atferdsterapi for pasienter med insomni (to studier, OR 5,5, 95% KI 2,3-14,2) var bedre enn systematisk nedtrapping alene. De ulike inkluderte studiene omhandlet pasienter både på sykehus, i poliklinikk og i allmennpraksis, hvilket kan begrense resultatenes aktualitet for isolert bruk i allmennpraksis. Metaanalysen viser at det er

evidens for effekten av trinnvis behandling med minimal intervensjon etterfulgt av systematisk intervensjon alene ved nedtrapping av langtids benzodiazepinbruk.

Den andre metaanalysen [10], publisert i 2008, inkluderte 32 artikler og vurderte effekten av daværende tilnærminger for benzodiazepinnedtrapping i allmennpraksis og poliklinikk. Vanlig praksis ble sammenlignet med minimal intervensjon (brev eller mail med selvhjelpsstrategier), gradert dose nedtrapping (GDR) og psykologisk intervensjon (avspenningsstrening, psykoedukasjon eller teknikker for å håndtere insomni). Minimal intervensjon med en odds ratio på 4,37 (95 % KI 2,28-8,40) ble funnet mer effektiv enn vanlig praksis, eller det å ikke ta opp temaet i det hele tatt. GDR ble også funnet mer effektiv enn vanlig praksis (OR = 5,96, 95 % KI 2,08-17,11). Psykologisk intervensjon pluss GDR var bedre enn både vanlig praksis (OR= 3,38, 95% KI 1,86-6,12) og GDR alene (OR = 1,30, 95% KI 1,25-2,67). Derimot ble substitusjonsbehandling med ulike medikamenter (eksempelvis melatonin, propranolol, valproat) ikke funnet å øke effekten av GDR alene (OR 1,30, 95% KI 0,97-1,73). Heller ikke brå substitusjon av benzodiazepiner med annen farmakoterapi var mer effektiv enn GDR alene (OR= 0,30, 95% KI 0,14-0,64). Metaanalysen viser at å introdusere en intervensjon er mer effektiv enn vanlig praksis.

Blant seponeringstiltak evaluert i de ulike primærstudier, var brev det hyppigst evaluerte tiltaket. Niessen og medarbeidere [11] fant at 11.3 % av 1343 pasientene som mottok brev oppnådde fullstendig seponering av benzodiazepiner 6-12 måneder etter iverksetting av tiltak. I kontrollgruppene oppnådde derimot kun 5,4 % og 4,9 % fullstendig seponering. Videre registrerte Gorgels og medarbeidere fullstendig seponering av benzodiazepiner hos 26 % (n=1707) av pasientene 21 mnd etter intervensjon med brev, sammenlignet med 9 % (n=1821) i kontrollgruppen. Tilsvarende resultater er gjennomgående i alle artiklene som evaluerer utsending av brev til kroniske brukere av benzodiazepiner (8, 9, 14, 16, 18, 23, 24). Intervensjon med utsending av brev har god effekt på seponering og/eller nedtrapping av benzodiazepinbruk hos langtidsbrukere.

4. Forbedringsarbeidet

4.1. Observasjon og praksis

Ingen av våre praksissteder fra 10. semester hadde spesielle tiltak rettet mot langtidsbrukere av BoBLP. Vi besluttet derfor å bruke et av disse allmennpraktikerkontorene for å konkretisere variasjon mellom kunnskap og praksis, og for å kunne skissere et kvalitetsforbedringstiltak for en faktisk klinisk enhet. Valget falt på Gågata legesenter på Kongsvinger. Vi stilte en av fastlegene konkrete spørsmål om forskrivningspraksis av BoBLP. Svarene viser at langtidsbruk av benzodiazepiner er et problem, også i denne kliniske enheten. Legen bekrefter at nedtrapping og seponering er vanskelig, og svarer at han muligens ser nytten av en standardisert måte å initiere en nedtrappingsprosess på. Se vedlegg 1 for utfyllende oversikt over spørsmål og svar.

Langtidsbruk av benzodiazepiner er altså et problem, både lokalt (fastlegen vi kontaktet), regionalt (gruppens erfaringer fra flere fastlegekontorer på Sør- og Østlandet), nasjonalt og internasjonalt (kunnskapsgrunnlaget). Hos legen på Gågata legesenter er det i dag kun *vanlig intervensjon* som benyttes. "Vanlig intervensjon" er i litteraturen definert som at fastlegen i tilfeldige konsultasjoner muntlig forsøker å motivere pasienter til nedtrapping. Det er et entydig gap mellom evidensbasert og gjennomført praksis, og det er klart behov for et kvalitetsforbedringstiltak.

4.2. Begrunnet tiltak

Basert på resultatene fra litteratursøket, velger vi å innføre minimal intervensjon som tidligere definert under kunnskapsgrunnlaget. Vårt forbedringsarbeid går ut på å skissere et opplegg for å implementere bruk av brev for å initiere nedtrapping og seponering av BoBLP hos langtidsbrukere. Prosessen vi gjennomgikk for å velge, utforme og implementere det beste tiltaket var i hovedsak femdelt:

1. Systematisk litteratursøk – evidensbasert kunnskap

2. Innhenting av informasjon fra allmennpraksis – erfaringsbasert kunnskap
3. Vurdering av målbarhet
4. Diskusjon i gruppa
5. Oppsummering og endelig definering av forbedringsarbeid

4.2.1. Systematisk litteratursøk

Som nevnt i kunnskapsgrunnlaget ble det i de ulike artiklene skissert flere ulike metoder for nedtrapping og seponering av BoBLP. Basert på resultatene fra de ulike studiene anser vi minimal intervensjon med utsending av brev som det beste og lettest gjennomførbare tiltaket. Gorgels og medarbeidere har vist at implementering av et slikt tiltak ikke fører til økt arbeidsbelastning for allmennpraktikeren (25). Videre har Torper og Steine vist at pasientene rapporterer et vesentlig forbedret selvbylde og økt mestringsfølelse etter seponering av BoBLP [12]. Videre viser litteraturen at nedtrapping av BoBLP er kostnadseffektivt [13].

Forskningsresultatene lar seg riktignok ikke nødvendigvis generalisere til vår pasientgruppe selv om kvaliteten på studiene er god.

5.2.2. Innhenting av informasjon fra allmennpraksis

For å få mer erfaringsbasert kunnskap om utformingen av tiltaket og implementeringen av forbedringsarbeidet snakket vi igjen med legen på Gågata legesenter i Kongsvinger (se vedlegg 2). Rådene vi fikk er viktige for å kunne knytte forbedringsarbeidet til en konkret praksis i en norsk hverdag.

4.2.3. Vurdering av målbarhet

En viktig faktor er at effekten av tiltaket lett kan måles. Vurdering av mulige indikatorer har altså også vært viktig i prosessen.

4.2.4. Diskusjon i gruppa

Basert på våre erfaringer, har vi i gruppen diskutert flere mulige løsninger. Tiltaket vi har bestemt oss for, og måten vi har valgt å gjøre det på, er et kompromiss mellom evidensbasert beste praksis og hva vi anser som realistisk å innføre i allmennpraksis.

4.2.5. Oppsummering og endelig definering av forbedringsarbeid

Brevet:

Brevet skal inneholde

- 1) Oppfordring til nedtrapping og seponering av BoBLP, samt oppfordring til timebestilling for evalueringssamtale (vedlegg 3)
- 2) Informasjonsskriv om BoBLP (vedlegg 4)

Legen vi snakket med mente at det praktiske arbeidet med utlevering og registrering neppe vil være noe stort problem. Den største utfordringen vår, slik han så det, er å lage et så godt brev at fastlegene blir overbevist om at det vil ha positiv effekt for de fleste aktuelle pasienter, og at de derfor ville kunne gi det til pasientene med god samvittighet. Noen kriterier denne fastlegen har for hva som er et godt brev er følgende:

- Pasientene må ikke føle at brevet er fordømmende på noe vis.
- Pasientene må føle at innholdet "gjelder dem"
- Pasientene må tydelig forstå nytten av nedtrapping og seponering
- Brevet må ikke utgjøre en trussel for det videre lege-pasient forholdet
- Pasientene må føle at de kan fortsette hos den samme legen selv om de ikke benytter seg av dette tilbudet

Videre sier legen om både seg selv og flere kolleger at de ikke automatisk kommer til å gi brev til alle som i løpet av de 3 siste måneder har fått forskrevet 2 eller flere resepter. De vil uansett gjøre en subjektiv vurdering med hver enkelt pasient.

Vi ser for oss at utdeling av brev skjer i forbindelse med konsultasjoner eller henting av resepter da pasientene i prosjektets målgruppe er hyppig innom kontoret. På denne måten eliminerer man muligheten for at brevet kan bli borte i posten.

Implementering:

Vedrørende implementering av tiltaket vil det være avgjørende å komme i dialog med legepraksisen. Man kan tenke seg flere måter å gjøre dette på; telefonsamtale, besøk på kontoret, brev til legekontoret eller informasjon i Tidsskrift for den norske legeforening. Legen ved Gågata mente at et informasjonsbrev må være svært godt utarbeidet for at det skal bli lagt merke til og gjøre nytte, og at det generelt vil være en usikker måte å spre informasjonen på. Et brev gir dessuten ikke mulighet til dialog, og krever at legen må gjøre noe aktivt for å sette seg inn i prosjektet. Han kan derimot se for seg at noen kommer på kontoret i lunsjen, og at et slikt møte må bære preg av likeverdig diskusjon mer enn "salgsstilen" mange legemiddelkonsulenter bruker. Basert på disse uttalelsene velger vi informasjonsmøte, med mulighet for dialog og diskusjon, som det første, og trolig viktigste, steget i implementeringsprosessen.

Som del i implementeringen av hovedtiltaket har vi på grunnlag av forskningen og samtaler med fagpersoner funnet det nyttig å foreslå kollegabasert terapiveiledning (KTV) som et bitiltak [6, 7]. Hensikten med bitiltaket er å øke bevisstheten rundt egen forskrivningspraksis. KTV er i seg selv vist å kunne føre til initiering av nedtrapping og seponering av BOBLP, og vil dessuten kunne redusere førstegangsforskrivninger [7]. Bitiltaket vil ikke bli beskrevet like godt som hovedtiltaket, da vi bruker det som ledd i implementeringen av hovedtiltaket.

Tidsperspektiv:

Når det gjelder tidsperspektiv, ser vi for oss en prøveperiode på 6 måneder. Basert på varigheten av en resept på BoBLP (3 måneders forbruk), anser vi det som relativt sikkert at vi i løpet av 6 måneder får inkludert alle de aktuelle pasientene.

4.3. Indikatorvalg

Hva som er en god indikator, er avhengig av hva indikatoren skal brukes og hvem den skal brukes av [14]. I denne sammenhengen er det viktig at indikatoren er lett tilgjengelig, det vil si at indikatoren bør være noe som måles allerede. Videre bør

indikatoren gi informasjon om hvorvidt tiltaket iverksettes, og med hvilken effekt. En indikators evne til å måle effekt er et uttrykk for validiteten av indikatoren [14]. Disse kravene kan lett komme i konflikt med hverandre, slik at valg av indikator bygger på et kompromiss som er avhengig av kontekst [14].

Vi ønsker å relatere våre indikatorer til antall pasienter på legens liste og antall langtidsbrukere av BoBLP (n).

Indikatorer som ble vurdert er:

- a. antall utleverte brev / antall langtidsbrukere BoBLP (prosessindikator)
- b. antall konsultasjoner for legemiddelevaluering / antall utleverte brev (prosessindikator)
- c. antall langtidsbrukere av BoBLP / legens listelengde (resultatindikator)
- d. totalt forskrevne DDD BoBLP / antall pasienter på BoBLP (resultatindikator)

Vi legger vekt på at indikatoren skal være lett tilgjengelig. En produsent av programvare for journalføring i allmennpraksis ble derfor kontaktet (Profdoc). Programvaren har funksjoner som registrerer utsendte standardbrev og resepthistorikk, henholdsvis nevner i indikator a og teller i indikator c. Ifølge produsenten selv, trenger de fleste brukere hjelp til å få utført slike spørringer. Det blir derfor laget en cd som vil hente ut de ønskede data.

Imidlertid har ikke produsenten implementert WHO sitt system for beregning av defined daily dose (DDD), indikator d vil dermed ikke være lett tilgjengelig dersom legepraksisen bruker programvare fra denne produsenten. Antall utleverte brev og evalueringskonsultasjoner baserer seg på manuell registrering. Det holder å registrere antall uten personidentifikasjon.

Andel utsendte brev er et direkte mål på hvorvidt tiltaket er iverksatt, andelen som ber om legemiddelevaluering er et subsidiært mål for resultat av tiltaket. Vårt formål er å redusere antall pasienter som står på benzodiazepiner over lengre tid. En god effekt av vårt tiltak vil kunne avleses med en nedtrapping av størrelsen c. Det ville vært ønskelig å kunne fange opp dosenedtrapping (d). Programvareprodusenten har

derfor blitt oppfordret til å implementere støtte for omregning til DDD i kommende versjoner av sin programvare.

Forslag til indikatorer

Vi ønsker å bruke indikator a, b og c, da disse indikatorene gir informasjon både om innføring av tiltaket og effekt på forskrivningspraksis.

5. Prosess og organisering for bedre praksis

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget, vurdering av indikator og gruppediskusjon foreslår vi en trinnvis strategi for å implementere prosjektet vårt: Introduksjon av tiltaket og motivasjon av legene, kollegabasert terapiveiledning, minimal intervensjon (utdeling av brev og informasjonsskriv) og evaluering. Tilpasninger for en syklisk tilnærming diskuteres i slutten av denne delen.

1. Motivasjon av allmennpraktikere

- 1.a. Sende kort informasjonsskriv til Gågata legesenter i Kongsvinger. I dette skrevet skal spriket mellom anbefalt og faktisk forskrivningspraksis kort presenteres. Deretter gjennomgås evidensbasert kunnskap om brev som tiltak for å iverksette nedtrapping av BoBPL. Det bør poengteres at dette er et tiltak som er lett å gjennomføre i allmennpraksis.
- 1.b. Initiativtaker til implementeringen ringer og avtaler lunsjmøte med allmennpraksisen hvor alle leger og andre ansatte ved legesenteret oppfordres sterkt til å delta.
- 1.c. Lunsjmøte på Gågata legesenter
 - 1.c.i. Både allmennleger og sekretærer
 - 1.c.ii. Informasjon om sprik mellom anbefalt og faktisk forskrivningspraksis
 - 1.c.iii. Presentasjon av kunnskapsgrunnlaget for tiltaket vi ønsker å implementere
 - 1.c.iv. Beskrivelse av hvordan tiltaket skal gjennomføres
 - 1.c.v. Diskusjon
- 1.d. Kollegabasert terapiveiledning
 - 1.d.i. Lunsjmøte ca 1 uke etter møtet med prosjektleder
 - 1.d.ii. Ledet av legene i allmennpraksisen selv
 - 1.d.iii. Hensikten er å skaffe oversikt over sin egen forskrivnings-praksis og diskutere denne med kollegaene.

- Alle legene finner ved hjelp av statistikkprogrammet som følger med sitt aktuelle datasystem fram til hvor mange resepter på benzo de har skrevet ut de siste 3 mnd.
- Dette legges fram for de andre legene
- Alle gjør dette
- Diskusjon rundt egen forskrivningspraksis. Følgende punkter bør diskuteres:
 - På hvilke indikasjoner skriver du ut BoBPL?
 - Hvilke faktorer er medvirkende til at pasienter fortsetter å bruke BoBPL?
 - Årsaker knyttet til medisinsk indikasjon
 - Årsaker knyttet til pasient
 - Årsaker knyttet til deg
 - Årsaker knyttet til eksterne forhold
 - Hvilke vansker ser du med å få pasienter til å trappe ned/seponere BoBPL?
 - Hvilke metoder benytter du per i dag for å få pasienter til å trappe ned/seponere?
- Diskusjon av mulige taktikker/teknikker får å få pasienter til å trappe ned/seponere BoBPL.

2. Identifisering/utvelging av pasienter

2.a. Hvilke pasienter skal få brev?

Langtidsbrukere av BoBLP definerer vi som pasienter som har fått to eller flere resepter på BoBPL de siste tre månedene.

2.b. Når skal pasientene få brev?

Kontinuerlig etter hvert som pasientene kommer på kontoret for konsultasjon eller for å få fornyet resept. Det kan lages en liten plakate som påminnelse, denne kan henge ved datamaskinen på legekontoet og ved sekretærens datamaskin.

3. Praktiske detaljer rundt brevet

- 3.a. Brevet skal være gjennomgått og "godkjent" av Gågata legesenter før det skal brukes. Det samme gjelder informasjonsskrivet. Den enkelte lege får anledning til å gjøre personlige tilpasninger.

4. Utdeling av brevet

- 4.a. Brevene og informasjonsskriv leveres ferdig til kontoret i konvolutt. Vi velger å levere ut 400 brev basert på at det er 4 leger på det aktuelle kontoret og hver av legene har ca 100 pasienten på sin liste som står på BoBLP (se vedlegg 1).
- 4.b. Brevene skal ligge både på sekretærkontor og legekontor.
- 4.c. Brevet gis direkte til pasienter som kommer på kontoret. Legen gir selv brevet til pasienter ved konsultasjon. Hvis pasientene kun kommer for å hente resept er det best at sekretær gir det slik at legen slipper å avbryte pågående konsultasjoner for å gi brevet.
- 4.d. Det er ikke nødvendig å si noe spesielt om brevet når man leverer det til pasientene. Dette kan være litt opp til hver enkelt lege. Hvis man føler det er naturlig kan man si at det er et informasjonsbrev om medisinen pasienten bruker og hvis de vil kan det diskuteres ved neste konsultasjon. Det samme kan sekretærene si.
- 4.e. Det skal registreres i pasientenes journal at de har fått brev slik at ikke samme pasient får brevet flere ganger.

5. Registrering av tiltak

- T0 - Før man starter å dele ut brev skal det ved hjelp av statistikkprogrammet på datajournalen hentes ut informasjon om hvor mange pasienter dette dreier seg om. Hvor mange pasienter har fått 2 eller flere resepter på benzo i løpet av de siste 3 måneder? (n1)
- T1 - Etter 6 måneder skal dette gjøres igjen (n2) samt registrere følgene indikatorer:

5.a. *antall utsendte brev / antall pasienter på legens liste som har fått 2 eller mer resepter på benzo de siste 3 måneder (n1)*

5.a.i. Registrering av antall brev som sendes ut:

Registreres fortløpende enten på regneark eller avkryss på plansje.

Viktig at både leger og sekretærer registrerer de brevene de sender ut.

5.a.ii. n finnes ved hjelp av statistikkprogram i det aktuelle journalsystemet som kontoret bruker.

5.b. *antall veiledningstimer for legemiddelevaluering / antall utleverte brev*

5.b.i. Antall pasienter som kommer til veiledningstime

registreres i samme regneark eller plansje som 5.a.i. Registreres kun av lege (ikke sekretær) når pasienten kommer til time.

5.b.ii. antall utsendte brev: Det samme som a.i.

5.c. *n / legens listelengde*

Denne kan registreres kontinuerlig, men vi tenker oss i første omgang at den skal registreres før start av prosjektet og etter 6 måneder. Det vil si: $n_0/\text{listelengde}$ før start og $n_1/\text{listelengde}$ etter 6 måneder.

6. Ledelsesaspektet

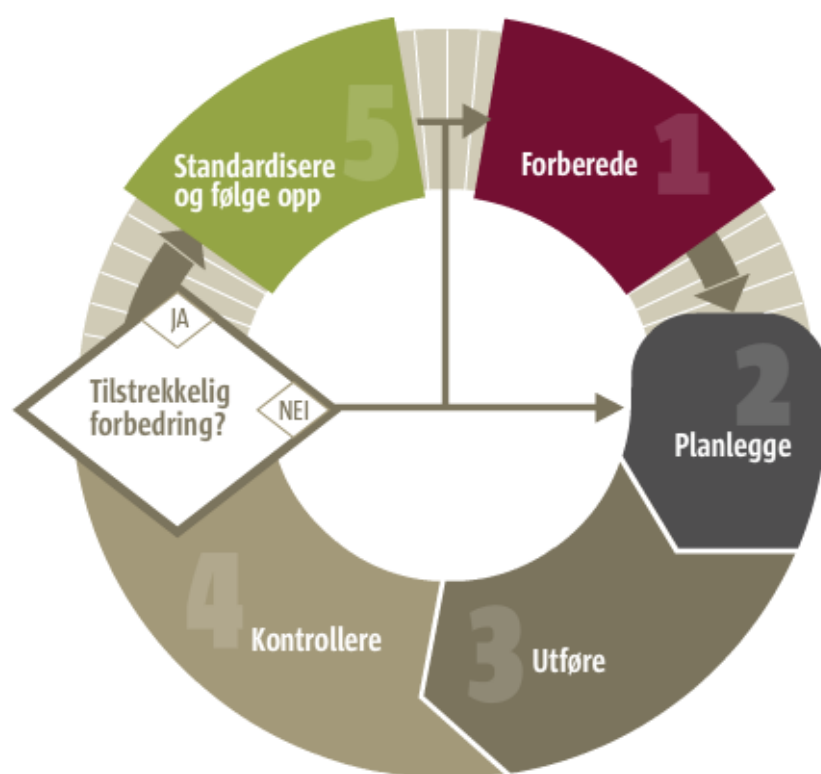
Tverrfaglig tilnærming er viktig. Vår implementering forutsetter at flere yrkesgrupper samles om en felles målsetning og forståelse. Vi mener det vil være gunstig å utnevne en ansvarlig på legesenteret for forbedringsarbeidet, dette kan med fordel være en legesekretær.

7. Inkludering i daglig drift, sikring for fremtiden, fortsatt forbedringspraksis

Vårt forslag skisserer en lineær tilnærming. Implementering av plan, do, study, act (PDSA) sirkelen er imidlertid nærliggende. Vi har beskrevet hvordan man går lineært igjennom dette oppsettet. Ved en evaluering (study) vil man kunne se at målet ikke er nådd. Da kan det være aktuelt å vurdere andre tiltak som så

gjennomføres, før man når et nivå man ønsker å standardisere og følge opp videre. Dermed vil en syklisk tilnærming til forbedringsarbeidet være etablert. Alternativt vil man kunne se at vårt tiltak gir de ønskede resultater, og oppfølging av videre praksis kan da gjøres slik vi har skissert.

Man kan enkelt fortsette praksis med utdeling av brev etter forsøksperioden på 6 måneder. Legen kan ha liggende en fil med brevet på datamaskinen og dele ut brevet når det kommer aktuelle pasienter til konsultasjon. Det er enkelt å da benytte seg av indikator c. I tillegg vil man kunne tenke seg at det er nyttig å benytte andre

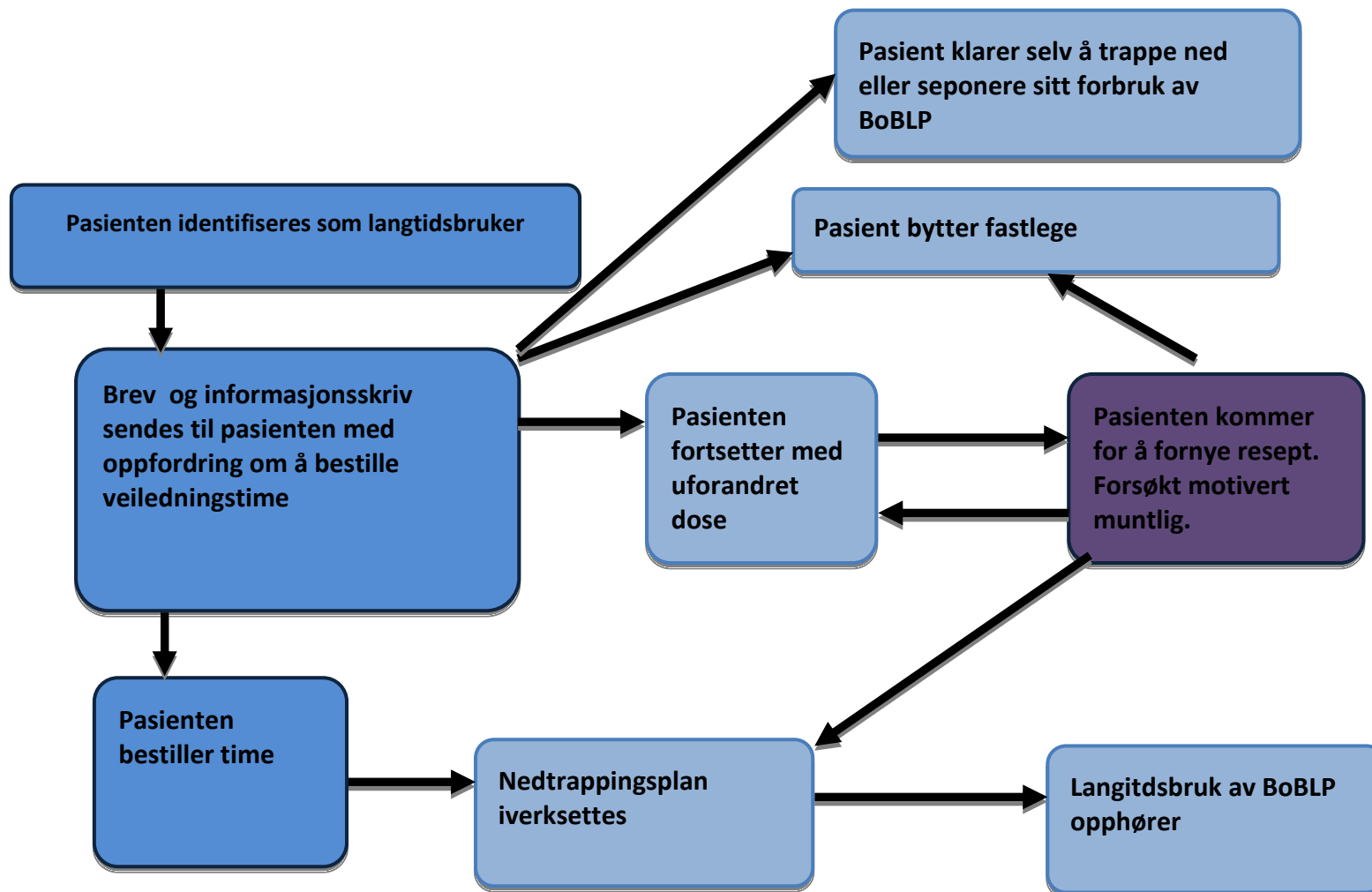


PDSA-sirkelen.

http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1103 (27.11.2009)

indikatorer som for eksempel nedtrapping i antall døgndoser (DDD) over en tidsperiode. Dette krever at man får forbedring av de aktuelle datasystemene, da dette ikke er noe man kan finne ved hjelp av statistikkprogrammene per i dag.

Figur 2. Nedtrapping og seponering av BoBLP



6. Evaluering

Indikatorene vi har foreslått vil måle andelen langtidsbrukere av BoBLP (indikator c). Kriteriet for indikator c vil være avhengig av demografiske forhold. Det vil derfor være aktuelt å se på reduksjon av c over 6 måneder. Vi mener 10% reduksjon vil være et godt resultat.

Standard for en indikator er relevant i en større sammenheng, for eksempel på kommune- eller legekortnivå. Her kan man sette en grense for indikator c; 3 av 4 leger oppfyller kriteriet.

Vi ønsker ikke å påstå at det alltid er feil å ha pasienter stående på BoBLP over lang tid, siden hver enkelt allmennlege vil vurdere indikasjon for bruk ulikt. Derfor fokuserer vi på å redusere antallet langtidsbrukere.

Den enkelte lege kan velge å registrere antall pasienter som begynner å trappe ned manuelt. Dette vil gi økt arbeidsmengde, men også mulighet til å registrere nedtrapping i tillegg til seponering.

7. Diskusjon

Sammendrag

Langtidsbruk av BoBLP er et utbredt problem i allmennpraksis. Vi har i denne oppgaven forsøkt å skissere et forbedringsprosjekt med mål om å redusere forbruk av disse preparatene.

Styrker og svakheter

Svakheter vi ser ved intervensjonen er at det er stor variasjon mellom leger i forhold til vurdering av indikasjoner, og det vil da være legens subjektive vurderinger som avgjør forskjellen på hvem som mottar og hvem som ikke mottar et brev. Dette kan føre til at tiltaket gir begrenset virkning. Tydelig informasjon til legen og god kollegaveiledning er derfor en sentral del av intervensjonen.

Både vår utvalgte allmennpraktiker og litteraturen påpeker at intervensjoner som de overnevnte kan oppleves som en ekstra arbeidsbelastning i legehverdagen. Denne påstanden er tilbakevist i litteraturen ved at det ikke er påvist en klinisk forskjell intervensjons- og kontrollgruppen i hyppighet av kontakter (25).

Videre kan et generalisert brev virke for generelt og dermed upersonlig og irrelevant for den enkelte pasient. Derimot vil et mer individualisert informasjonsbrev øke arbeidsmengden betydelig for allmennpraktikeren. Et annet sentralt punkt i intervensjonen er at nedtrappingen er frivillig og initiert av pasienten selv etter at informasjon og oppfordring er gitt. Det er da viktig at pasienter tydelig forstår nytten av nedtrapping og seponering, uten at de føler seg presset til å gjøre som legen sier, noe som videre kan være en trussel for det videre lege- pasient forholdet. Et generalisert brev kan i så måte være nyttig ved at det gir nødvendig informasjon uten å bli for personlig. Ved behov vil man kunne tilpasse den personlige informasjonen gjennom konsultasjoner med pasienten. Et uønsket, men mulig, utfall er at pasienten bytter fastlege.

En annen svakhet ved tiltaket er at en eventuell dosereduksjon ikke blir målt. Eksakt kvantifisering av tiltakets effekt blir dermed vanskelig å måle med mindre medikamentet seponeres helt.

Noen pasienter klarer å trappe ned eller seponere uten videre assistanse fra legen, og møter dermed ikke opp hos legen for veiledningstime. Indikator b faller i så fall ut, mens indikator c fortsatt vil gjelde.

En styrke ved tiltaket er at det øker bevisstheten rundt de negative aspektene av BoBLP både hos pasientene og legene. Vi ser også for oss at informasjonsskrivet om nedtrapping av benzodiazepiner kan ligge lett tilgjengelig på venterommet. Andre tiltak som kan innføres for å styrke tiltaket, er at utskrivning og fornyelse av BoBLP-resepter kun kan skje ansikt til ansikt hos fastlegen, og ikke over telefon, av annen lege eller av legesekretær. I tillegg er det selvfølgelig heldig dersom legen forsøker å alltid skrive ut minst mulige dose, minste pakning, og at mulige bivirkninger og fare for avhengighet tydelig kommer frem på resepten.

Effekten av tiltaket er lett å måle gjennom spesifikke indikatorer forslått tidligere i oppgaven.

Konklusjon

Intervensjonene foreslått er rimelige, lite arbeidskrevende og effektive. Vi konkluderer derfor med at vårt tiltak bør gjennomføres. Vi forventer med implementeringen av et slikt tiltak økt fokus rundt BoBLP, og mener det kan gi en tilleggseffekt i reduksjon av antall langtidsbrukere av BoBLP.

8. Vedlegg 1: Spørsmål til legen ved Gågata legesenter i Kongsvinger

Svarene er gjengitt (ikke ordrett) under spørsmålene.

1) Omtrent hvor mange av dine pasienter har stått på benzodiazepiner (ikke benzodiazepinliknende medikamenter) lenger enn 3 mnd?

Ca 100 (denne fastlegen har ca 1200 pasienter på listen)

2) Oppfatter du langvarig bruk av benzodiazepiner hos pasienter i din praksis som et problem?

Totalt sett, ja. Men oppfatter ikke nødvendigvis langvarig bruk hos hver enkelt pasient som et problem.

3) Synes du det er vanskelig å få pasienter til å trappe ned/slutte med benzodiazepiner?

Ja, vanskelig med de fleste.

4) Hvilke metoder bruker du/har du brukt for å få pasienter til å trappe ned/slutte med benzodiazepiner?

Gir informasjon om at det er avhengighetsskapende ved førstegangsutskrivning. Stiller spørsmål om forbruket (når, hvor mye, hvilke situasjoner) ved senere konsultasjoner, og forsøker å forklare/motivere til nedtrapping og seponering.

5) Tror du at du ville hatt nytte av en standardisert måte å initiere eventuell nedtrapping av benzodiazepiner på?

Ja, kanskje.

9. Vedlegg 2: Utdypende samtale med legen ved Gågata legesenter i Kongsvinger

I samtalen med legen på Kongsvinger skisserte vi tiltaket vi hadde bestemt oss for, og ba om innspill i forhold til hvordan det praktiske ved denne ordningen kan gjøres på lettest mulig måte. Under følger nøkkelspørsmål vi prøvde å få svar på, med svarene gjengitt (ikke ordrett) under spørsmålene.

1) Hvordan kan vi få oversikt over hvor mange/hvilke pasienter dette gjelder? (dette antallet trenger vi for å fortløpende registrere andel pasienter som har mottatt brev, og dessuten vite hvem som skal få brev)

Man kunne tenke seg å gå gjennom legens liste, pasient for pasient, og registrere de aktuelle pasientene. Dette blir for tidkrevende for legen selv å gjøre, og lar seg følgende gjennomføre bare dersom en sekretær gjør jobben. Alternativt kan det lages en CD eller lignende som kan settes inn i dataen, og som er programmert til å hente ut spesiell informasjon. Nøyaktig hvordan dette virker er usikkert, men det er nok mulig. I så fall må eksterne mennesker som kan det datatekniske involveres.

2) På hvilken måte ser du for deg at det er lettest å gi pasientene brevet: Ved

- **Utsending**
- **Gi direkte**

Å gi pasienten brevet direkte når de kommer for å hente resept ville være det letteste. Da vet man at de mottar det (slipper å ta hensyn til posten som mellomledd). Jeg ser for meg at brev skal ligge klare, i konvolutt, f.eks. på sekretærkontoret.

3) Hvem skal gi/sende brevet til pasientene? Lege? Sekretær? Begge? Lege dersom konsultasjon, sekretær dersom de kun henter resept?

Dersom pasienten er til konsultasjon, gir legen brevet til pasienten. Dersom pasienten bare kommer for å hente resept i ekspedisjonen, får de brev av sekretæren. Det vil trolig blir for tidkrevende, og forstyrrende for den konsultasjonen legen i øyeblikket befinner seg i, at legen selv da skal komme ut for å gi pasienten brevet.

4) Skal alle det gjelder få brev samtidig (ved utsending) eller skal man gjøre det fortløpende?

Fortløpende, når de henter/får resept.

5) Hvordan skal hvert utsendt/utgitt brev registreres? Hvem skal gjøre det?

Når både lege og sekretær gir ut brev, må begge kunne registrere det

6) Skal noen (i så fall hvem) på legekontoet etter hvert registrere utvikling i reseptforskriving?

Det vil selvfølgelig være interessant å følge med på. Det beste hadde vært om legen selv lett kan finne dette ut, men er usikker på hvordan det kan gjøres datateknisk. Kanskje man kan leie inn en person til å gjøre det.

7) Hvordan skal det i så fall gjøres?

Det kommer an på hvor lett det lar seg gjøre rent datateknisk

10. Vedlegg 3: Brev til pasienten

Kongsvinger, Dato

Kjære deg som er pasient ved Gågata legesenter

Vi ved Gågata legesenter har satt oss som mål å få ned forskrivningen av benzodiazepiner hos de av våre pasienter som står på dette fast. Grunnen er at slike medisiner kan miste effekten etter flere måneders bruk, og at de kan gi plagsomme og alvorlige bivirkninger. Disse bivirkningene kan være forvirring, ustøhet, hukommelsessvikt og angst.

Du kan selv klare å nedtrappe og etter hvert slutte helt på medisinen du bruker. Mange vil også ha nytte av en konkret nedtrappingsplan. Du kan gjerne bestille time hos meg slik at jeg kan hjelpe deg med dette.

Jeg ønsker å understreke at jeg ikke stopper å skrive resepter og at dette er et frivillig tiltak fra din side for å trappe ned på forbruket av medisinen du bruker.

Lykke til, jeg tror vi skal klare dette!

Vennlig hilsen

Dr KLOK

Gågata legesenter

Vedlagt er et informasjonsskriv om de aktuelle medisinene.

11. Vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienten

Nedtrapping av benzodiazepiner

Hva er benzodiazepiner?

Benzodiazepiner utgjøres av to grupper legemidler: Angstdempende midler og sovemidler. Angstdempende midler er Stesolid, Valium, Vival, Diazepam, Alopam, Alprazolam, Sobril, Xanor. Sovemidler er Apodorm, Mogadon, Flunipam, Dormicum, Midazolam, og de beslektede midlene Imovane, Zopiklon, Zolpidem og Stilnoct.

Hva er problemet med benzodiazepiner?

Benzodiazepiner kan gi uønsket tretthet, uforutsett sløvet, midlertidig svikt i hukommelsen og nedsatt prestasjonsevne. Av samme grunn kan benzodiazepinene påvirke dine evner til bilkjøring. Hos eldre øker risikoen for fall og bl.a. lårhalsbrudd.

Den største ulempen med benzodiazepiner er avhengighet.

Langtidsbruk

Svært mange av de situasjonene som fører til forskrivning av benzodiazepiner, er forbigående. Du startet gjerne behandlingen i forbindelse med en akutt krise, men så fortsatte du å bruke denne medisinen også etter at krisen var over. Hos en del pasienter kan det synes som om bruk av benzodiazepiner i faste doser i mer enn noen få uker, kan gi en abstinensliknende reaksjon ved stans i behandlingen som oppleves som en vedvarende uro. Denne uro kan feiltolkes både av pasient og lege som "kronisk angst" og være begrunnelsen for langvarig bruk av benzodiazepiner.

Har du brukt slike medisiner i lang tid, er det vanskelig å skille bivirkninger fra angstsykdom.

Nedtrapping av medis Bruken

Har du brukt et benzodiazepin over lengre tid - mange uker, måneder, år - vil du ha opplevd at det er svært vanskelig å slutte med medisinen. Du blir engstelig, urolig og får tilbake mange av de samme symptomene som gjorde at du startet med denne medisinen. Men forskerne forteller oss altså at det er ikke slik, det er ikke angstsykdommen som vender tilbake. Du lider av abstinens, bortfallsymptomer som følge av at medisinen fjernes. Det dreier seg vanligvis ikke om tilbakefall av de gamle plagene. Derfor er det viktig at du kommer deg ut av det uføret som tablettene har skapt.

Hvordan trapper du ned?

For å lykkes er det viktig for de fleste å bruke lang tid på en slik nedtrapping. Bruk i starten samme antall doser som før, men reduser mengden per dose med 1-2 ukers intervall. Det finnes ingen "fasit" på hvor mye dosene skal reduseres hver gang, men det kan være lurt å bruke relativt lang tid på slutfasen. Tid til full stans fra dager til over ett år, og dette er noe du og legen din kan finne ut av sammen. Nedtrappingsperioden kan by på både fysiske og psykiske symptomer, men vit at abstinensplager alltid går over hvis du fortsetter nedtrappingen.

12. Referanser

- [1] Konsensuskonferanse. Bruk av benzodiazepiner, Rapport nr 10: Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Norges Forskningsråd; 1996.
- [2] Norsk reseptstatistikk. 1996 [cited; Available from:
- [3] Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs*. 1994 Jul;48(1):25-40.
- [4] Bachmann CS, Berg, E.A., Spigset, O., Slørdal, L. Benzodiazepinliknende hypnotika – holdninger og forskrivningspraksis blant allmennleger. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008;128:166-70.
- [5] Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. *N Engl J Med*. 1993 May 13;328(19):1398-405.
- [6] Johannesen LB. Nyhetsreportasje om "Veileder kolleger i forskrivning av legemidler". *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006.
- [7] Trøseid M. Nedtrapping av B-preparater i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002:122.
- [8] Jørgensen VR. An approach to reduce benzodiazepine and cyclopyrrolone use in general practice: a study based on a Danish population. *CNS Drugs*. 2007;21 (11):947-55.
- [9] Voshaar RC, Couvee JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2006 Sep;189:213-20.
- [10] Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Mc DYR. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*. 2009 Jan;104(1):13-24.
- [11] Niessen WJ, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. [Reduction in the consumption of benzodiazepines due to a letter to chronic users from their own general practitioner]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2005 Feb 12;149(7):356-61.
- [12] Torper J, Steine, S. Seponering av B-preparater – hvordan opplever brukerne det? . *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004;124:2342-4.
- [13] Cormack MA, Owens RG, Dewey ME. The effect of minimal interventions by general practitioners on long-term benzodiazepine use. *J R Coll Gen Pract*. 1989 Oct;39(327):408-11.
- [14] Andersen M. Is it possible to measure prescribing quality using only prescription data? *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2006 Mar;98(3):314-9.